



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران شهر

مدیریت نظارت و ارزیابی مواد و فرآورده های دارویی

(جهت دریافت داروی ریتالین)

اینجانب دکتر..... متخصص
محل کار با شماره نظام پزشکی.....
پزشک معالج آقای / خانم فرزند..... به شماره شناسنامه
صادره از..... متولد..... ساکن.....
گواهی می نماید نامبرده به علت ابتلا به بیماری بطور
به مدت روزانه احتیاج به..... عدد دارد.

مهر و امضا، پزشک معالج

مدارک مورد نیاز جهت تحویل دارو:

۱- اصل شناسنامه و تصویر آن

۲- نسخه پزشک

تاییدیه کارشناس دارویی:

مهر معاونت غذا و دارو و امضاء کارشناس دارویی